

Texte pseudonymisé

Avertissement: Ce document pseudonymisé a une valeur purement informative. Le document original seul fait foi.

N° 57 / 2025

du 27.03.2025

Numéro CAS-2024-00131 du registre

Audience publique de la Cour de cassation du Grand-Duché de Luxembourg du jeudi, vingt-sept mars deux mille vingt-cinq.

Composition:

Agnès ZAGO, conseiller à la Cour de cassation, président,
Marie-Laure MEYER, conseiller à la Cour de cassation,
Jeanne GUILLAUME, conseiller à la Cour de cassation,
Gilles HERRMANN, conseiller à la Cour de cassation,
Antoine SCHAUS, conseiller à la Cour d'appel,

Daniel SCHROEDER, greffier à la Cour.

Entre

PERSONNE1.), demeurant à L-ADRESSE1.),

demanderesse en cassation,

comparant par Maître Anaïs BOVE, avocat à la Cour, en l'étude de laquelle domicile est élu,

et

la société anonyme d'assurances SOCIETE1.), établie et ayant son siège social à L-ADRESSE2.), représentée par le conseil d'administration, inscrite au registre de commerce et des sociétés sous le numéro NUMERO1.),

défenderesse en cassation,

comparant par Maître Romain ADAM, avocat à la Cour, en l'étude duquel domicile est élu.

Vu l'arrêt attaqué numéro 50/24-VIII-CIV rendu le 16 mai 2024 sous le numéro CAL-2022-00580 du rôle par la Cour d'appel du Grand-Duché de Luxembourg, huitième chambre, siégeant en matière civile ;

Vu le mémoire en cassation signifié le 31 juillet 2024 par PERSONNE1.) à la société anonyme d'assurances SOCIETE1.) (ci-après « *la société SOCIETE1.)* »), déposé le 20 août 2024 au greffe de la Cour supérieure de Justice ;

Vu le mémoire en réponse signifié le 27 septembre 2024 par la société SOCIETE1.) à PERSONNE1.), déposé le même jour au greffe de la Cour ;

Sur les conclusions du premier avocat général Sandra KERSCH.

Sur les faits

Selon l'arrêt attaqué, le Tribunal d'arrondissement de Luxembourg, siégeant en matière civile, avait dit partiellement fondée la demande de la demanderesse en cassation en paiement d'un certain montant au titre d'un contrat d'assurance décès de type solde restant dû, conclu par elle et son époux, décédé depuis lors, afin de garantir un crédit hypothécaire contracté par eux auprès d'une banque et avait condamné la défenderesse en cassation au paiement de ce montant. La Cour d'appel, par réformation, a dit non fondée la demande de la demanderesse en cassation en paiement du capital décès et a prononcé la nullité du contrat d'assurance.

Sur la recevabilité du pourvoi

La défenderesse en cassation soulève l'irrecevabilité du pourvoi au motif que le dispositif du mémoire en cassation présenterait une « *ambiguïté fondamentale sur la demande principale* » en demandant à la Cour de « *casser sinon annuler* » l'arrêt attaqué.

Le mémoire, en ce qu'il précise les dispositions attaquées de l'arrêt et les moyens de cassation et en ce qu'il contient les conclusions dont l'adjudication est demandée, remplit les conditions prévues à l'article 10, paragraphe 1, de la loi modifiée du 18 février 1885, sur les pourvois et la procédure en cassation (ci-après « *la loi du 18 février 1885* »).

Il s'ensuit que le moyen d'irrecevabilité n'est pas fondé.

Sur le premier moyen de cassation

Énoncé du moyen

« *Tiré de la violation de l'article 11 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance (ci-après << Loi sur le Contrat d'Assurance >>).*

L'article 11 de la Loi sur le Contrat d'Assurance dispose :

<< Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Toutefois, il ne doit pas déclarer à l'assureur les circonstances déjà connues de celui-ci ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître. >>

Il existe donc deux conditions cumulatives à l'obligation de déclaration de santé par le preneur d'assurance à l'assureur :

- Déclarer toutes les circonstances connues de lui ; et*
- Ces circonstances doivent être raisonnablement considérées comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque.*

La Cour d'appel a rejeté le moyen selon lequel le preneur d'assurance a pourtant déclaré toutes les circonstances connues de lui et à raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque, comme suit :

<< L'article 11 précité consacre le principe de la déclaration spontanée du risque par le preneur d'assurance, lequel doit prendre l'initiative de la déclaration et indiquer spontanément à l'assureur les circonstances qu'il connaît et qui sont de nature à avoir une influence sur son opinion du risque.

Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Toutefois, il ne doit pas déclarer à l'assureur les circonstances déjà connues de celui-ci ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître. En assurances de personnes la même obligation incombe à l'assuré dans la mesure où les renseignements sont sollicités de sa part.

Demandeur à l'action en nullité, le tribunal a retenu à bon droit que c'est à l'assureur qu'il incombe de prouver que l'élément sur lequel il n'a pas été informé était pour lui un facteur d'appréciation du risque, que le preneur pouvait raisonnablement le considérer comme tel et qu'il en avait connaissance ; la charge de la preuve du caractère intentionnel du manquement incombe également à l'assureur.

En cas d'omission d'inexactitude intentionnelle le contrat d'assurance est nul.

Tel que relevé à juste titre par le tribunal, et contrairement à ce que soutient l'intimée il n'est pas requis que la circonstance omise ou inexactly déclarée ait eu une influence sur la survenance du sinistre. (...)

Il s'agit dans le cadre de l'actuel litige d'examiner si les déclarations de PERSONNE2.) dans la déclaration de santé du 2 février 2015 doivent ou non être

considérées comme des déclarations sciemment inexactes ainsi que le soutien de l'appelante. Il appartient à SOCIETE1.) de démontrer la mauvaise foi de l'assuré.

La Cour constate que la question n°10 de ladite déclaration de santé, "avez-vous passé une visite médicale ou avez-vous subi des examens médicaux (par exemple électrocardiogramme, analyse de sang, d'urine, radio, etc.) lors des 12 derniers mois ? Si oui, lesquels ? Et pour quelle raison ?", feu PERSONNE2.) avait coché la case "oui" avec l'ajout "bilan" par rapport à la première question. Il n'avait fourni aucune réponse à la deuxième question posée. Concernant la troisième question posée, relative à la raison desdits examens médicaux, l'assuré avait indiqué la mention manuscrite "routine".

Feu PERSONNE2.) avait répondu par la négative en cochant la case "non" à la question n°11 de la déclaration de santé "avez-vous été sous surveillance médicale les 5 dernières années ou avez-vous déjà subi un traitement médical prolongé ? Si oui, quand et pourquoi ?".

SOCIETE1.) estime que le caractère intentionnel de la fausse déclaration s'introduit des réponses inexactes à des questions parfaitement intelligibles et dépourvues d'ambiguïté. Elle rappelle que la déclaration de santé soumise à l'assuré insiste sur l'importance des déclarations faites.

L'obligation de déclaration spontanée du risque s'impose au preneur jusqu'à la conclusion du contrat d'assurance, si bien que le preneur d'assurance est tenu d'informer l'assureur des évolutions du risque survenu depuis la signature de la proposition d'assurance, jusqu'au moment de la conclusion effective du contrat. (...)

Lorsque l'assureur remet un questionnaire contenant des questions précises, la réponse à toutes ces questions est présumée présenter aux yeux de l'assureur une importance pour l'appréciation du risque.

De plus, le questionnaire ne dispense pas le preneur de déclarer spontanément tous les éléments nécessaires pour que l'assureur puisse se faire une opinion exacte du risque qu'on lui demande de couvrir. (...)

Ceci exposé, lorsqu'un questionnaire demande au candidat à l'assurance quels sont les examens médicaux qu'il a subi lors des 12 derniers mois et mentionne un titre d'exemple les examens médicaux possibles le candidat à l'assurance est obligé de répondre loyalement et avec sincérité en informant l'assureur sur la nature des examens médicaux subis. Or, en l'occurrence, feu PERSONNE2.) n'a pas répondu à cette question.

La Cour constate ensuite que feu PERSONNE2.) n'a pas répondu loyalement à la question n°11, étant donné qu'il est établi en l'espèce au vu des rapports médicaux du Dr. Steve Hentges des 4 octobre 2014 et 12 janvier 2015 qu'il était en surveillance médicale auprès du Dr. Steve Hentges et qu'une échographie du cœur avait été réalisée. Suite à une première visite auprès de ce médecin, un examen IRM du cœur avait été réalisé par le Dr. André Codreanu le 25 novembre 2014. Il résulte du rapport médical établi par ce dernier le 25 novembre 2014 qu'un "aspect de non compaction myocardique avec discrète dilatation ventriculaire" a été constatée chez

le patient. Cette affection a également été constatée par le Dr. Steve Hentges. Ce dernier a également relevé que le patient est atteint d'une "hypercholestérolémie" et a proposé dans son rapport du 12 janvier 2015 une "Nikotinkarrenz" ainsi qu'une "Wiedervorstellung in 1 Jahr order ber Beschwerden".

Il résulte encore du Dr. Carlo Muller du 1^{er} juillet 2014 qu'un "bilan respiratoire" a été réalisé le 30 juin 2014 sur la personne de feu PERSONNE2.). Dans son rapport du 1^{er} juillet 2014, ledit médecin a retenu chez ce dernier la présence d'une "bronchite chronique simple post tabagique" ainsi qu'un "emphysème débutant" et a en outre retenu que "le sevrage tabagique définitif s'impose". (note de la Cour : le terme définitif est marqué en gras)

Les développements des parties sur le degré de gravité de la bronchite chronique, de l'emphysème débutant, de l'hypercholestérolémie et de la dilatation ventriculaire constatée auprès de feu PERSONNE2.) ne sont pas pertinents. Ce qui importe dans le présent litige est le fait qu'il s'agit d'affections qui ont été constatées par des médecins spécialistes lors d'examens effectués par ces derniers que feu PERSONNE2.) n'avait pas mentionné dans la déclaration de santé qui lui avait été remise par SOCIETE1.) bien qu'une question précise et intelligible lui avait été posée à ce sujet. Il y a lieu d'ajouter au vu du contenu et des rapports médicaux que les affections constatées sont à mettre en relation causale avec le tabagisme de feu PERSONNE2.) dont elles sont des conséquences et constituent des éléments d'appréciation du risque à assurer, même à admettre qu'elles n'aient pas affectée le pronostic vital du candidat à l'assurance.

Or dans la mesure où les examens spécialisés réalisés n'avaient pas été mentionnés par PERSONNE2.) dans la déclaration de santé, les affections constatées par les Dr. Steve Hentges et Carlo Muller n'avaient forcément pas non plus été portées à la connaissance de SOCIETE1.).

Feu PERSONNE2.) ne pouvait toutefois ignorer qu'il devait répondre aux questions lui posées et fournir une réponse sincère, étant donné qu'il est précisé en bas de page du questionnaire lui soumis : "que l'appréciation du risque par la compagnie est basée sur les déclarations faites ci-avant. Il est donc indispensable que les réponses soient faites consciencieusement, étant entendu qu'aux termes de la loi les omissions ou inexactitudes intentionnelles pourront entraîner la nullité de l'assurance. Par ma signature, je certifie que j'ai répondu sincèrement aux questions précitées". En apposant sa signature sur ledit questionnaire, feu PERSONNE2.) s'est en conséquence engagé à répondre correctement aux questions posées.

(...)

Il est vrai qu'un preneur ne pourra se voir sanctionner pour l'absence d'indication sur un élément que lui-même ne pouvait raisonnablement considérer comme intéressant l'assureur dans son appréciation et qu'en pareille circonstance, une obligation de s'informer incombe à l'assureur. (...)

En espèce à défaut pour feu PERSONNE2.) d'avoir répondu à la question de savoir quels examens médicaux il aurait subi les 12 derniers mois, et d'avoir répondu

par la négative à la question n°11, il n'a fourni aucun élément à l'assureur qui aurait dû inciter ce dernier à se renseigner davantage.

C'est partant à tort que le tribunal a relevé en l'espèce qu'il aurait appartenu à SOCIETE1.) au moment d'avoir réceptionné la déclaration de santé du 2 février 2015 de prendre l'initiative et de s'informer auprès de feu PERSONNE2.). Pour être complet, la Cour tient encore à relever qu'il résulte des pièces versées aux débats que ce n'est qu'en septembre 2019, suite à une demande des assurés tendant à voir reconnaître leur droit aux prestations de garanties que SOCIETE1.) a eu connaissance des rapports médicaux prédécrits.

Il suit de l'ensemble des éléments et considérations qui précèdent que feu PERSONNE2.) devait raisonnablement considérer que les questions d'ordre médical indiquée dans la déclaration de santé lui soumise constituaient des éléments importants d'appréciation du risque, dans la mesure où ces éléments faisaient l'objet de questions précises dans la dite déclaration de santé. Feu PERSONNE2.) aurait par conséquent dû y répondre loyalement et ne pouvait donc taire qu'il a subi un examen IRM cardiaque, une échographie et un bilan respiratoire et qu'il a consulté à cet effet des médecins spécialistes.

Au vu de la teneur des rapports médicaux des Dr. Steve Hentges et Carlo Muller, il n'est pas non plus concevable que feu PERSONNE2.) ait ignoré qu'il était atteint d'une bronchite chronique simple, d'un emphysème débutant, d'hypercholestérolémie, et d'un aspect non compaction myocardique.

Les médecins ont nécessairement dû l'informer qu'un sevrage tabagique définitif s'imposait. >>

Comme expliqué par les juges de première instance, les dispositions de l'article 11 de Loi sur le Contrat d'Assurance ont vocation à protéger l'assureur qui, pour se former une opinion raisonnée au sujet du risque et calculer la prime adéquate, doit se fonder essentiellement sur les déclarations du preneur d'assurance. Celui-ci a l'obligation de donner à l'assureur une connaissance exacte des éléments du risque qu'il veut faire couvrir.

Le preneur d'assurance est tenu de déclarer lors de la conclusion du contrat toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque.

L'abstention de déclarer une circonstance légitimement ignorée de l'assureur et susceptible d'aggraver l'opinion du risque constitue une réticence rendant l'assurance nulle. La circonstance omise ou inexactement déclarée ne doit pas nécessairement avoir eu une influence sur le sinistre, une influence sur l'appréciation du risque suffit.

En revanche, si le preneur d'assurance omet de déclarer quelque circonstance dont l'importance ne peut raisonnablement lui apparaître, il n'y aura pas de sanction. De même, le preneur d'assurance ne doit pas déclarer les circonstances déjà connues de l'assureur ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître.

Il appartient à l'assureur de prouver que les éléments sur lesquels il n'a pas été informé étaient pour lui un facteur d'appréciation du risque, que le preneur pouvait raisonnablement les considérer comme tels et que le preneur en avait connaissance.

Il est constant en cause que feu PERSONNE2.) a rempli et signé le questionnaire médical daté du 2 février 2015, en vue de la souscription du contrat d'assurance. Dans ce questionnaire, il a répondu honnêtement à chaque fois par << non >> aux questions << Avez-vous été sous surveillance médicale les 5 dernières années ou avez-vous déjà subi un traitement médical prolongé ? Si oui, quand et pourquoi ? >> et << Êtes-vous atteint d'une affection ou d'une maladie particulière (par exemple au cœur, aux reins, au système digestif etc.) ? Précisez. >>

A la question << Avez-vous passé une visite médicale ou avez-vous subi des examens médicaux (par exemple, électrocardiogramme, analyse de sang, d'urine, radio etc.) lors des 12 derniers mois ? Si oui, lesquels ? Et pour quelle raison ? >>, feu PERSONNE2.) a répondu << oui >> (<< bilan >>) et quant à la << raison >>, il a indiqué << routine >>.

Les 4 septembre, 24 septembre, 30 septembre 2014 et 12 janvier 2015, feu PERSONNE2.) a consulté le Dr. Steve HENTGES médecin spécialiste en cardiologie qui aurait rédigé deux rapports en date des 4 octobre 2014 et 12 janvier 2015.

Le 25 novembre 2014, feu PERSONNE2.) a passé une IRM auprès du Dr. Andrei CODREANU, médecin spécialiste en cardiologie.

Le 27 novembre 2014, feu PERSONNE2.) a passé une échographie auprès du Dr. Sandro GIACCHI, médecin spécialiste en urologie.

Le questionnaire a été rempli le 2 février 2015 par l'assuré feu PERSONNE2.), de la façon la plus complète et sincère possible et n'omettant aucun antécédent médical.

Aucune omission intentionnelle n'a été commise.

En effet, en date du 2 février 2015, l'assuré ne souffrait d'aucune maladie et n'avait aucun traitement médical prolongé. (Question n°4 de la déclaration de santé de l'assuré)

SOCIETE1.) affirme que feu PERSONNE2.) se serait << présenté à une multitude de consultations auprès de divers médecins spécialistes et avait subi bon nombre d'examens et de tests notamment dans les douze mois ayant précédé la signature de la déclaration de santé, ce qu'il a omis de mentionner à la compagnie d'assurance. >>

Or il s'agissait simples consultations, d'examens et de tests de routine, étant un joueur de football régulier.

En effet, comme on peut le lire dans le communiqué du Club ENSEIGNE1.) suite à son décès, feu PERSONNE2.) était un ancien joueur et vainqueur de la coupe du Prince Jean en 1990 et il était surnommé << KING >>.

Pièce n°25 de la farde de pièces de Me BOVE

Il a ensuite continué à jouer chaque lundi au sein de l'équipe FC _____ Vétérans.

Il ressort effectivement de nombreuses publications sur Facebook entre septembre 2015 et mars 2018, que feu PERSONNE2.) (dit _____) PERSONNE2.) participait régulièrement à des matches de football, au sein de son équipe.

Pièce n°28 de la farde de pièces de Me BOVE

En outre, deux de ses anciens coéquipiers ont témoigné avoir joué avec lui de 2000 respectivement 2014, jusqu'à mai 2017 respectivement le 21 mars 2018.

Pièces n°26 & n°27 de la farde de pièces de Me BOVE

Contrairement aux allégations adverses, ces attestations remplissent parfaitement les conditions fixées par l'article 402 du Nouveau Code de Procédure Civile.

Ils témoignent de son excellente santé et du fait qu'ils n'ont jamais constaté de problèmes physiques, jusqu'à son dernier match le 21 mars 2018.

Il a toujours joué normalement, sans effort, lors d'entraînements et matches de 90 min.

La Cour d'appel estime que le fait de passer plusieurs examens auprès de médecins aux spécialisations diverses ne saurait être qualifié de << routine >>, ce d'autant plus qu'il ne résulterait pas de son dossier médical que des consultations auprès de tels médecins aient eu lieu entre 2010 et 2013.

Or comme l'ont justement relevé les juges de première instance, la seule circonstance que feu PERSONNE2.) ait en quelques mois consulté trois médecins spécialistes différents ne saurait établir l'existence d'une pathologie particulière dont il aurait été affecté.

En conséquence, SOCIETE1.) ne peut invoquer de simples consultations et examens de routine, nécessaires à son activité de joueur régulier, pour dénoncer une omission intentionnelle lors de l'établissement de la déclaration de santé en 2015.

Il avait d'ailleurs répondu qu'il pratiquait comme sport le football.

Il n'avait donc rien caché à la compagnie d'assurance.

La sclérose latérale amyotrophique n'a été diagnostiquée chez feu PERSONNE2.) qu'en date du 14 juin 2018 par le Dr. BOLYN, tel qu'il ressort d'un courrier adressé à son confrère le Dr. Max PEPORTE.

Pièce n°20 de la farde de pièces de Me BOVE

Il n'existait aucun signe d'une telle maladie rarissime et foudroyante.

Il faut également constater que SOCIETE1.) ne tire aucune conséquence ni des deux rapports établis par le Dr. HENTGES (cardiologue) des 4 octobre 2014 et 12 janvier 2015 ni du rapport établi par le Dr. CODREANU du 25 novembre 2014 rendant compte des résultats de l'examen IRM cardiaque passé par feu PERSONNE2.) ni du rapport du Dr. Sandro GIACCHI du 27 novembre 2015 (urologue), versés en cause, notamment en ce que feu PERSONNE2.) aurait été atteint d'une affection ou maladie particulière de ce chef.

La lecture desdits rapports ne laisse a priori pas apparaître de pathologie particulière dans le chef de feu PERSONNE2.), pathologie qui pour le surplus aurait nécessité un traitement ou suivi dépassant les limites de la normale.

Comme l'ont affirmé les juges de première instance, il faut partant admettre desdits rapports qu'il s'agissait d'examens de routine.

En outre, feu PERSONNE2.) a bien répondu par << oui >> à la question de savoir s'il avait passé divers examens médicaux les 12 derniers mois. (Question n°10)

Contrairement aux allégations adverses, il n'a jamais répondu « non » à cette question. Il a même précisé de quels examens il s'agissait (<< bilan >>) dans le cadre d'examens de << routine >>.

A ce titre, il est admis que le preneur d'assurance ne pourra se voir sanctionner pour l'absence d'indications sur un élément que lui-même ne pouvait raisonnablement considérer comme intéressant l'assureur dans son appréciation et que si l'assureur désire connaître certaines circonstances dont un profane risque de ne pas pressentir la pertinence, il devra prendre l'initiative de poser des questions, la jurisprudence de la Cour de cassation belge ayant même consacré une obligation de s'informer dans le chef de l'assureur.

Le certificat médical du Dr. Max PEPORTE daté du 19 juin 2024 atteste d'ailleurs :

<< Je soussigné Dr. Peporté Max certifie avoir été le médecin traitant de M. PERSONNE2.) et certifie que son état de santé était marqué par une sclérose latérale amyotrophique dont les premiers symptômes sont apparus fin 2017 début 2018 qui a conduit à son décès.

Le patient avait un suivi médical régulier les années avant cette pathologie.

Son état de santé était rassurant marqué par un tabagisme pour lequel plusieurs sevrages ont été proposés.

Le patient réalise un bilan pneumologique de routine en 2014. Le renseignement fourni au patient par ce bilan est celui qu'il a une bronchite simple en rapport avec le tabac et qu'il devait se sevrer du tabac.

Le patient n'étant pas médecin ne peut pas savoir à ce moment-là qu'il a une bronchite chronique débutante due au tabac qui est une pathologie différente d'une bronchite simple, cela dépasse ses compétences.

Le diagnostic de cette bronchite simple n'a pas conduit à un traitement médicamenteux mais à un simple conseil médical de se sevrer du tabac. >>

Pièce n°31 de la farde de pièces de Me BOVE

Le Dr. PEPORTE confirme que feu PERSONNE2.) a déclaré à SOCIETE1.) toutes les circonstances connues de lui le 2 février 2014 et qu'il devait raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque.

En effet, contrairement aux conclusions de la Cour d'appel, les deux conditions cumulatives de l'article 11 de la Loi sur le Contrat d'Assurance ne sont pas remplies, et en particulier la seconde condition.

En tant que simple patient, sans affection particulière et sans traitement médicamenteux, on ne peut reprocher au preneur d'assurance d'avoir omis de déclarer à l'assureur certains éléments supplémentaires sans importance et sans conséquence.

La sincérité et l'exactitude des réponses du déclarant s'apprécient en fonction des questions posées, de leur clarté et de leur précision.

Une analyse concrète du comportement de l'auteur des déclarations doit être faite en fonction de certains critères tels que la personnalité ou la lucidité du déclarant.

Il aurait partant appartenu à SOCIETE1.), pour le cas où elle l'estimait nécessaire de solliciter des informations complémentaires relativement aux examens passés par feu PERSONNE2.), ce qu'elle n'a cependant pas fait.

SOCIETE1.) se prévaut du fait que feu PERSONNE2.) a consulté le Dr. Carlo MULLER, médecin spécialiste en pneumologie, le 30 juin 2014, ce dernier ayant retenu dans son rapport du 1^{er} juillet 2014 que le patient présenterait une << symptomatologie de bronchite chronique simple >> et une << hypercholestérolémie >>.

Or une bronchite chronique simple est une affection totalement bénigne, passagère et courante, sans pouvoir être considérée comme une omission intentionnelle.

De même, l'hypercholestérolémie également diagnostiquée le 30 juin 2014 est une affection totalement bénigne, passagère et courante, sans pouvoir être considérée comme une omission intentionnelle.

Il ne viendrait à l'idée de personne d'écrire qu'on a été affecté par la grippe par exemple il y a quelques mois lors des réponses à la déclaration de santé.

En outre, ladite bronchite doit être analysée au regard du tabagisme de feu PERSONNE2.), le rapport faisant état d'une consommation d'une douzaine de cigarettes par jour depuis 27 ans. Le rapport retient à titre de conclusion une << étude fonctionnelle respiratoire dans les limites de la normale en ce qui concerne les volumes dynamiques et les volumes statiques. On note un léger trouble de la diffusion sur emphysème débutant. Les résistances bronchiques sont normales. Bronchite chronique simple post tabagique sans ressentiment sur les volumes dynamiques. Emphysème débutant. Le sevrage tabagique définitif s'impose. >>

Partant, la bronchite diagnostiquée est la conséquence du tabagisme du patient ; or feu PERSONNE2.) avait, lors de la rédaction de la déclaration de santé du 2 février 2015, expressément indiqué sa consommation quotidienne de cigarettes, de sorte qu'une omission de ce chef fait défaut.

SOCIETE1.) n'a d'ailleurs rien trouvé à redire à l'époque.

En outre, le rapport du Dr. MULLER ne fait pas état d'une affection ou maladie particulière et/ou nécessitant un traitement spécifique.

C'est également le cas pour l'hypercholestérolémie évoquée dans le rapport, le Dr. MULLER n'en tirant aucune conséquence particulière.

Et surtout, la cause du décès n'a absolument rien à voir avec tout ceci : il s'agit d'une sclérose latérale amyotrophique, maladie orpheline.

En conséquence, il conviendra d'adopter les mêmes conclusions que les juges de première instance, à savoir qu'il n'est pas établi que feu PERSONNE2.) aurait été atteint d'une affection ou maladie particulière et/ou qu'il aurait été de mauvaise foi et qu'il aurait intentionnellement omis d'en informer SOCIETE1.).

Il n'est pas non plus établi que SOCIETE1.) aurait été empêchée d'apprécier correctement les risques à couvrir.

Par conséquent, il apparaît clairement que la Cour d'appel a violé l'article 11 de la Loi sur le Contrat d'Assurance en retenant que feu PERSONNE2.), simple patient, sans affection particulière et sans traitement médicamenteux, aurait dû déclarer à SOCIETE1.) certains éléments supplémentaires sans importance et sans conséquence.

En effet, la Cour d'appel a omis d'analyser et de vérifier si les deux conditions cumulatives de l'article 11 de la Loi sur le Contrat d'Assurance étaient remplies.

En retenant dans le chef du preneur d'assurance la violation de l'obligation de déclarer certains éléments sans important et sans conséquence, comme le détail d'examens passés (première condition), sans analyser si ces éléments devaient être raisonnablement considérés comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque (seconde condition), la Cour d'appel a violé l'article 11 de la Loi sur le Contrat d'Assurance.

Cette décision est contraire à l'essence des dispositions de l'article 11 de la Loi sur le Contrat d'Assurance.

Partant, il conviendra d'accueillir ce moyen de cassation et de la déclarer recevable et fondé. ».

Réponse de la Cour

La demanderesse en cassation fait grief aux juges d'appel d'avoir violé la disposition visée au moyen en n'ayant pas examiné les deux conditions cumulatives y prévues.

Il ressort des motifs énoncés au moyen que les juges d'appel ont examiné si le preneur d'assurance avait déclaré toutes les circonstances connues de lui et si ces circonstances devaient être raisonnablement considérées comme constituant, pour l'assureur, des éléments d'appréciation du risque pour conclure qu'il avait omis de déclarer avec exactitude toutes les circonstances connues de lui et qu'il aurait dû raisonnablement considérer comme constituant, pour l'assureur, des éléments d'appréciation du risque.

Il s'ensuit que le moyen manque en fait.

Sur le second moyen de cassation

Enoncé du moyen

« Tiré de la violation de l'article 12 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance (ci-après << Loi sur le Contrat d'Assurance >>).

L'article 12 de la Loi sur le Contrat d'Assurance dispose :

<< Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul. >>

L'article 12 de la Loi sur le Contrat d'Assurance (nullité du contrat) est la conséquence de l'article 11 de la Loi sur le Contrat d'Assurance.

La Cour d'appel a rejeté le moyen selon lequel le preneur d'assurance n'a commis aucune omission ou inexactitude intentionnelle dans la déclaration induisant l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, comme suit :

<< L'ensemble des éléments prédécrits conduit la Cour à retenir, par réformation, le caractère intentionnel des fausses déclarations opérés par feu PERSONNE2.) qui ont eu nécessairement une incidence sur l'appréciation du risque par l'assureur maintenu dans l'ignorance des examens spécialisés auxquels s'est soumis le candidat à l'assurance et partant des affections constatées. >>

En l'espèce, le questionnaire a été rempli le 2 février 2015 par l'assuré feu PERSONNE2.), de la façon la plus complète et sincère possible et n'omettant aucun antécédent médical.

Aucune omission intentionnelle n'a été commise.

SOCIETE1.) avait la charge de la preuve de cette omission intentionnelle et ne l'a pas rapportée.

En effet, en date du 2 février 2015, l'assuré ne souffrait d'aucune maladie et n'avait aucun traitement médical prolongé. (Question n°4 de la déclaration de santé de l'assuré)

Par conséquent, il apparaît clairement que la Cour d'appel a violé l'article 12 de la Loi sur le Contrat d'Assurance en retenant que feu PERSONNE2.), simple patient, sans affection particulière et sans traitement médicamenteux, aurait dû déclarer à SOCIETE1.) certains éléments supplémentaires sans importance et sans conséquence.

Cette décision est contraire à l'essence des dispositions de l'article 12 de la Loi sur le Contrat d'Assurance.

Par conséquent, le contrat d'assurance ne devrait pas être déclaré nul.

Partant, il conviendra d'accueillir ce moyen de cassation et de le déclarer recevable et fondé. ».

Réponse de la Cour

La demanderesse en cassation fait grief aux juges d'appel d'avoir violé la disposition visée au moyen en ayant prononcé la nullité du contrat d'assurance sans vérifier si une omission ou inexactitude intentionnelle dans la déclaration, propre à induire l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, avait été rapportée par la défenderesse en cassation.

Le moyen procède d'une lecture incomplète de l'arrêt attaqué.

En retenant

« Feu PERSONNE2.) ne pouvait toutefois ignorer qu'il devait répondre aux questions lui posées et fournir une réponse sincère, étant donné qu'il est précisé en bas de page du questionnaire lui soumis << que l'appréciation du risque par la compagnie est basée sur les déclarations faites ci-avant. Il est donc indispensable que les réponses soient faites consciencieusement, étant entendu qu'aux termes de la

loi les omissions ou inexactitudes intentionnelles pourront entraîner la nullité de l'assurance. Par ma signature, je certifie que j'ai répondu sincèrement aux questions précitées >>. En apposant sa signature sur ledit questionnaire, feu PERSONNE2.) s'est en conséquence engagé à répondre correctement aux questions posées.

La Cour renvoie en outre à l'article 7 des conditions générales d'assurance dont il n'est pas contesté qu'elles avaient été portées à la connaissance des candidats à l'assurance et qui dispose sous un intitulé << sincérité des déclarations >> que << le contrat est établi sur base des déclarations du preneur d'assurance et de l'assuré. A la souscription du contrat et lors de toute augmentation des sommes assurées, le preneur d'assurance et l'assuré doivent déclarer exactement toutes les circonstances connues par eux, et qui sont de nature à faire apprécier par le Compagnie les risques qu'elle prend à sa charge.

Toute omission ou inexactitude intentionnelle de la part du preneur d'assurance ou de l'assuré, rendant l'assurance nulle, lorsqu'elles diminuent l'opinion du risque ou en changent le sujet, de telle sorte que la Compagnie, si elle en avait eu connaissance, n'aurait pas contracté aux mêmes conditions >>.

Il est vrai qu'un preneur ne pourra se voir sanctionner pour l'absence d'indications sur un élément que lui-même ne pouvait raisonnablement considérer comme intéressant l'assureur dans son appréciation et qu'en pareille circonstance, une obligation de s'informer incombe à l'assureur (Cour de cassation de Belgique, 18 janvier 2022, R.G.A.R., 2033, n° 13659 ; voir M. Fontaine, Droit des assurances, 5ème édition, p.210 et suiv).

Or en l'espèce, à défaut pour feu PERSONNE2.) d'avoir répondu à la question de savoir quels examens médicaux il aurait subi les 12 derniers mois, et d'avoir répondu par la négative à la question n° 11, il n'a fourni aucun élément à l'assureur qui aurait dû inciter ce dernier à se renseigner davantage.

C'est partant à tort que le tribunal a relevé en l'espèce qu'il aurait appartenu à SOCIETE1.) au moment d'avoir réceptionné la déclaration de santé du 2 février 2015 de prendre l'initiative et de s'informer auprès de feu PERSONNE2.). Pour être complet, la Cour tient encore à relever qu'il résulte des pièces versées aux débats que ce n'est qu'en septembre 2019, suite à une demande des assurés tendant à voir reconnaître leur droit aux prestations de garantie que SOCIETE1.) a eu connaissance des rapports médicaux prédécrits.

Il suit de l'ensemble des éléments et considérations qui précèdent que feu PERSONNE2.) devait raisonnablement considérer que les questions d'ordre médical indiquées dans la déclaration de santé lui soumise constituaient des éléments importants d'appréciation du risque, dans la mesure où ces éléments faisaient l'objet de questions précises dans ladite déclaration de santé. Feu PERSONNE2.) aurait par conséquent dû y répondre loyalement et ne pouvait donc taire qu'il a subi un examen IRM cardiaque, une échographie et un bilan respiratoire et qu'il a consulté à cet effet des médecins spécialistes.

Au vu de la teneur des rapports médicaux des Dr Steve Hentges et Carlo Muller, il n'est pas non plus concevable que feu PERSONNE2.) ait ignoré qu'il était

atteint d'une bronchite chronique simple, d'un emphysème débutant, d'hypercholestérolémie, et d'un aspect non compaction myocardique.

Les médecins ont nécessairement dû l'informer qu'un sevrage tabagique définitif s'imposait.

L'ensemble des éléments prédécrits conduit la Cour à retenir, par réformation, le caractère intentionnel des fausses déclarations opérés par feu PERSONNE2.) qui ont eu nécessairement une incidence sur l'appréciation du risque par l'assureur maintenu dans l'ignorance des examens spécialisés auxquels s'est soumis le candidat à l'assurance et partant des affections constatées. »,

les juges d'appel ont, sans violer la disposition visée au moyen, pu décider que le preneur d'assurance a commis une omission ou inexactitude intentionnelle dans la déclaration induisant l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque.

Il s'ensuit que le moyen n'est pas fondé.

Sur les demandes en allocation d'une indemnité de procédure

La demanderesse en cassation étant à condamner aux dépens de l'instance en cassation, sa demande en allocation d'une indemnité de procédure est à rejeter.

Il ne paraît pas inéquitable de laisser à charge de la défenderesse en cassation l'intégralité des frais exposés non compris dans les dépens. Il y a lieu de rejeter sa demande en allocation d'une indemnité de procédure.

PAR CES MOTIFS,

la Cour de cassation

déclare le pourvoi recevable ;

le rejette ;

rejette les demandes en allocation d'une indemnité de procédure ;

condamne la demanderesse en cassation aux frais et dépens de l'instance en cassation avec distraction au profit de Maître Romain ADAM, sur ses affirmations de droit.

La lecture du présent arrêt a été faite en la susdite audience publique par le conseiller Agnès ZAGO en présence de l'avocat général Anita LECUIT et du greffier Daniel SCHROEDER.

Conclusions du Parquet général
dans l'affaire de cassation de
PERSONNE1.)
contre
SOCIETE1.), Société Anonyme d'Assurances
(CAS-2024-00131 du registre)

Par mémoire déposé au greffe de la Cour d'appel le 20 août 2024, PERSONNE1.) a introduit un pourvoi en cassation contre l'arrêt no 50/24-VIII-CIV, contradictoirement rendu entre parties le 16 mai 2024, par la Cour d'appel, huitième chambre, siégeant en matière civile.

Le mémoire déposé par la partie demanderesse en cassation, signé par un avocat à la Cour, a été signifié¹ antérieurement à son dépôt à la partie adverse, de sorte que le pourvoi est recevable pour avoir été introduit dans les forme et délai² de la loi modifiée du 18 février 1885 sur les pourvois et la procédure en cassation.

Maître Romain ADAM, avocat à la Cour, en sa qualité de mandataire de la société anonyme SOCIETE1.), Société Anonyme d'Assurances a fait signifier le 27 septembre 2024, au domicile élu de la partie demanderesse en cassation, un mémoire en réponse et l'a déposé au greffe de la Cour d'appel le 27 septembre 2024.

Ce mémoire peut être pris en considération pour avoir été signifié dans les forme et délai de la loi précitée du 18 février 1885.

Faits et rétroactes

PERSONNE1.) et feu son époux PERSONNE2.) (ci-après les époux GROUPE1.) ou les assurés) ont signé en date du 9 avril 2015 un contrat d'assurance décès de type solde restant dû à capital décroissant auprès de la compagnie d'assurance SOCIETE1.) (ci-après SOCIETE1.) avec effet au 16 avril 2015, pour un capital initial de 200.000 € et sur une durée de 23 ans, moyennant paiement d'une prime unique de 20.445,40 €

Ledit contrat a été souscrit afin de garantir un crédit hypothécaire contracté par les assurés précités auprès de la SOCIETE2.) (ci-après la SOCIETE2.) le 30 juillet 2015. Aux termes dudit contrat, SOCIETE1.) s'est engagé à payer aux assurés un capital dégressif, soit au premier décès

¹ Le mémoire en cassation a été signifié le 31 juillet 2024 au domicile élu de la partie défenderesse en cassation.

² L'arrêt no 50/24-VIII-CIV du 16 mai 2024 n'a pas fait l'objet d'une signification, de sorte qu'aucun délai de recours n'a commencé à courir.

d'un des deux assurés, soit en cas d'invalidité permanente totale reconnue d'un des deux assurés.

Le 30 août 2019, feu PERSONNE2.) a adressé à SOCIETE1.) un rapport médical dressé par le docteur Serge BOLY, faisant état d'une invalidité à 100% de l'assuré en raison d'une sclérose latérale amyotrophique et a sollicité de la part de SOCIETE1.) le versement du capital assuré entre les mains de la SOCIETE2.).

Après avoir sollicité par courriers des 24 octobre 2019 la communication de pièces médicales supplémentaires qui lui ont été fournies par les assurés, SOCIETE1.) a, par courrier daté du 12 mars 2020, informé ces derniers qu'elle s'oppose à la prise en charge du sinistre, en reprochant à PERSONNE2.) d'avoir omis de déclarer dans le questionnaire médical de santé qu'il avait rempli et signé lors de la demande de souscription de l'assurance un certain nombre d'éléments essentiels qui auraient permis à SOCIETE1.) d'apprécier correctement le risque à assurer. Invoquant cette absence de déclaration, SOCIETE1.) a estimé que les couvertures décès et invalidité qui avaient été accordées à PERSONNE2.) étaient nulles.

PERSONNE2.) est décédé le 4 avril 2020.

SOCIETE1.) n'ayant réservé aucune suite à un courrier de mise en demeure, PERSONNE1.) a assigné SOCIETE1.) devant le tribunal d'arrondissement de Luxembourg, siégeant en matière civile, aux fins de l'entendre condamner à lui payer, principalement, la somme de 169.407,26 € sinon, subsidiairement, la somme de 166.330,482 € à chaque fois avec les intérêts légaux en cause à partir du 31^{ème} jour suivant la demande, soit à partir du 30 septembre 2019, sinon à partir de la demande en justice jusqu'à solde avec les intérêts légaux en cause à partir du 31^{ème} jour suivant la demande, soit à partir du 10 mai 2020.

Par jugement du 1er avril 2022, le tribunal a dit la demande partiellement fondée et condamné SOCIETE1.) à payer à PERSONNE1.) la somme de 169.0407,26 € avec les intérêts légaux à partir du 31^{ème} jour qui suit la date du jugement jusqu'à solde sur le compte prêt auprès de la banque SOCIETE2.) inhérent au prêt souscrit par les époux PERSONNE3.) en date du 30 juillet 2015, référence faite dans le contrat d'assurance sous le n°NUMERO2.) et dit que le surplus éventuel subsistant après apurement du solde du prêt est à restituer par la banque SOCIETE2.) à PERSONNE1.).

Les premiers juges ont retenu qu'il n'était pas établi que feu PERSONNE2.) aurait été atteint d'une affection ou maladie particulière et/ou qu'il aurait de mauvaise foi et qu'il aurait intentionnellement omis d'en informer la compagnie d'assurances et qu'il n'était pas non plus établi que la compagnie d'assurances aurait été empêchée d'apprécier correctement les risques à couvrir.

Suite à l'appel interjeté par la compagnie d'assurances, la Cour d'appel a, dans son arrêt no 50/24 du 16 mai 2024, retenu par réformation, le caractère intentionnel des fausses déclarations opérées par feu PERSONNE2.), qui ont eu nécessairement une incidence sur l'appréciation du risque par l'assureur maintenu dans l'ignorance des examens spécialisés auxquels s'est soumis le candidat à l'assurance et partant des affections constatées.

Elle a par conséquent réformé la décision des premiers juges et dit non fondée la demande de PERSONNE1.) en paiement du capital décès, prononcé la nullité du contrat d'assurance « Lalux- Security 00/774529-0 » signé en date du 9 avril 2015 sur la tête de feu PERSONNE2.).

Le pourvoi sous examen est dirigé contre l'arrêt précité de la Cour d'appel.

Quant au premier moyen de cassation

Le premier moyen est tiré de la violation de l'article 11 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance.

Aux termes de l'article 10, alinéa 2, de la loi modifiée du 18 février 1885 sur les pourvois et la procédure en cassation, un moyen ou un élément de moyen ne doit mettre en œuvre qu'un seul cas d'ouverture et chaque moyen ou chaque branche doit préciser, sous peine d'irrecevabilité, le cas d'ouverture invoqué, la partie critiquée de la décision et ce en quoi la décision attaquée encourt le reproche allégué.

Le moyen de cassation est présenté tel un moyen dans le cadre de conclusions devant les juridictions du fond, à savoir que le moyen reprend un raisonnement juridique qui se réfère aux faits à la base de l'affaire et aux pièces du dossier. Il ne contient pas d'énoncé, mais uniquement une discussion du moyen. Il ne précise pas la partie critiquée de la décision et se limite à reproduire quasiment l'ensemble de la motivation de l'arrêt de la Cour d'appel.

Il est en outre difficile de cerner l'étendue du moyen étant donné que les reproches formulés à l'encontre de la Cour d'appel varient au fil des développements: si dans un premier temps la partie demanderesse en cassation conteste l'existence d'une omission intentionnelle d'informations dans le chef de l'assuré (page 11 et 12) grief d'ailleurs étranger à l'article 11 précité, elle retient ensuite que la condition selon laquelle les circonstances à déclarer à l'assureur doivent être raisonnablement considérées comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque ne serait pas donnée en l'espèce (page 14), pour conclure que *« la Cour d'appel a omis d'analyser et vérifier si les deux conditions cumulatives de l'article 11 de la Loi sur le contrat d'assurance étaient remplies »*. Il y a donc un basculement de la violation de la loi par une mauvaise application du texte visé au moyen vers un défaut de base légale. Deux cas d'ouverture sont donc traités dans le cadre d'un seul moyen, sans que ce moyen soit subdivisé en branches.

Au vu des développements, qui précèdent, le moyen n'obéit pas aux exigences de l'article 10 précité et est à déclarer irrecevable.

À titre subsidiaire, pour autant que le moyen soit déclaré recevable

L'article 11, alinéa 1^{er}, de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance prévoit que : « *Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Toutefois, il ne doit pas déclarer à l'assureur les circonstances déjà connues de celui-ci ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître. (...)* »

Dans³ le but de protéger l'assureur qui va couvrir un risque qu'il ne connaît pas, la loi impose au preneur d'assurance d'informer clairement l'assureur sur tous les éléments du risque. Il appartient au preneur d'assurance de prendre l'initiative de la déclaration, c'est-à-dire d'indiquer spontanément à l'assureur les circonstances qu'il connaît et qui sont de nature à avoir une influence sur son opinion du risque. L'assureur doit pouvoir donner son consentement en connaissance de cause. Il doit être en mesure d'apprécier exactement le risque qui lui est présenté afin de déterminer s'il est disposé à le couvrir et, dans l'affirmative, à quelles conditions (prime, franchise, étendue des garanties...).

Le preneur d'assurance ne doit déclarer que ce qu'il connaît effectivement.

La loi ne met pas à sa charge une obligation de déclarer ce qu'il devrait raisonnablement connaître. Si l'assureur invoque un manquement du preneur à l'obligation de déclaration, il doit apporter la preuve que ce preneur avait effectivement connaissance de l'élément en cause et qui était pour lui un facteur d'appréciation du risque.

La règle énoncée à l'article 11 de la loi précitée pose une question fondamentale : Quels sont les éléments que le preneur d'assurance doit raisonnablement considérer comme étant importants pour l'assureur ?

L'initiative de la déclaration incombe au preneur d'assurance, mais il n'est pas toujours aisé pour lui de déterminer ce qui est important pour l'assureur. Si ce dernier n'est pas tenu de poser des questions, il arrive souvent qu'il invite le candidat à l'assurance à remplir un questionnaire, qui prend la forme d'une proposition d'assurance.

Cette façon de faire va certainement aider le preneur d'assurance, toutefois dans une certaine mesure, car l'usage d'un questionnaire n'a pas en soi pour effet de rompre avec le principe de la déclaration spontanée du risque. Le preneur d'assurance doit rester attentif au fait que répondre de manière précise et complète à toutes les questions qui lui ont été posées ne signifie pas nécessairement qu'il aura rempli correctement son devoir de déclaration.

Il se peut qu'il connaisse des éléments qui sont importants pour l'appréciation du risque et qui ne font pas l'objet d'une question spécifique de l'assureur. Il a ainsi été jugé que, le questionnaire d'assurance n'ôtant rien à l'exigence d'une déclaration spontanée de la part du candidat à l'assurance, il incombe à ce dernier de répondre loyalement et avec sincérité à la question de savoir s'il souffre de maladies non spécifiées dans ledit questionnaire⁴.

³ Les développements qui suivent ont été extraits de Paris, C., « Chapitre 1 - Obligation précontractuelle d'information du preneur d'assurance » in Manuel de droit des assurances, 1^{re} édition, Bruxelles, Larcier, 2021, p. 129-177.

⁴ Bruxelles, 20 novembre 2006, R.G.A.R., 2008, n° 14344.

Lorsque l'assureur remet un questionnaire dans lequel sont posées diverses questions précises, il faut présumer que la réponse à toutes ces questions présente aux yeux de l'assureur une importance pour l'appréciation du risque⁵. Le recours au questionnaire présente encore un avantage pour l'assureur qui est conduit un jour à plaider la nullité du contrat d'assurance. Il pourra plus aisément établir la preuve du caractère intentionnel de l'omission et de son incidence sur l'appréciation du risque.⁶

L'assureur ne doit pas vérifier les éléments du risque. C'est une conséquence du principe de la déclaration spontanée qui fait reposer l'obligation sur les épaules du preneur d'assurance. L'assureur n'est pas tenu de procéder à des investigations.

Dans le cadre de l'arrêt dont pourvoi, la juridiction d'appel, après avoir rappelé les principes énoncés ci-dessous, les a appliqués aux faits de l'espèce. Les juges procèdent à une analyse détaillée des faits et plus précisément de la déclaration de santé du 2 février 2015, afin de trouver une réponse à la question de savoir « *si les déclarations de PERSONNE2.) dans la déclaration de santé du 2 février 2015 doivent ou non être considérées comme des déclarations sciemment inexactes ainsi que le soutient l'appelante. Il appartient à SOCIETE1.) de démontrer la mauvaise foi de l'assuré.*⁷ »

Ainsi « *La Cour constate qu'à la question n°10 de ladite déclaration de santé, « avez-vous passé une visite médicale ou avez-vous subi des examens médicaux (par exemple électrocardiogramme, analyse de sang, d'urine, radio, etc...) lors des 12 derniers mois ? Si oui, lesquels ? Et pour quelle raison ? », feu PERSONNE2.) avait coché la case « oui » avec l'ajoute « bilan » par rapport à la première question. Il n'avait fourni aucune réponse à la deuxième question posée. Concernant la troisième question posée, relative à la raison desdits examens médicaux, l'assuré avait indiqué la mention manuscrite « routine ».*

Feu PERSONNE2.) avait répondu par la négative en cochant la case « non » à la question n°11 de la déclaration de santé « avez-vous été sous surveillance médicale les 5 dernières années ou avez-vous déjà subi un traitement médical prolongé ? Si oui, quand et pourquoi ? ».

(...)

« Lorsqu'un questionnaire demande au candidat à l'assurance quels sont les examens médicaux qu'il a subi lors des 12 derniers mois, et mentionne à titre d'exemple les examens médicaux possibles, le candidat à l'assurance est obligé de répondre loyalement et avec sincérité en informant l'assureur sur la nature des examens médicaux subis. Or, en l'occurrence, feu PERSONNE2.) n'a pas répondu à cette question.

⁵ J.-L. Fagnart, « Dispositions communes : formation et exécution du contrat », in La loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (M. Fontaine et J.-M. Binon dir.), Bruxelles, Bruylant, 1993, p. 62, n° 19 ; id ., « L'intérêt du questionnaire d'assurance », obs. sous Mons, 4 mai 1992, R.D.C., 1993, p. 159.

⁶ Bruxelles, 2 janvier 2006, R.G.A.R., 2007, 14330 ; Liège, 2 mars 2009, R.G.A.R., 2010, 14599 ; Mons, 6 octobre 2016, R.G.A.R., 2017, 15408. Comp. Mons, 6 septembre 2018, Bull. Ass., 2019, p. 326, affaire relative à une assurance solde restant dû où le caractère intentionnel de l'omission n'a pas été établi eu égard au caractère sommaire du questionnaire et aux explications fournies par l'ayant droit de l'assuré selon lesquelles celui-ci n'avait pu, dit la cour d'appel, comprendre la portée de la question en raison de « son niveau d'instruction assez faible ».

⁷ Page 10 de l'arrêt dont pourvoi

La Cour constate ensuite que feu PERSONNE2.) n'a pas répondu loyalement à la question n° 11, étant donné qu'il est établi en l'espèce au vu des rapports médicaux du Dr Steve Hentges des 4 octobre 2014 et 12 janvier 2015 qu'il était en surveillance médicale auprès du Dr Steve Hentges et qu'une échographie du cœur avait été réalisée. Suite à une première visite auprès de ce médecin, un examen IRM du cœur avait été réalisé par le Dr Andrei Codreanu le 25 novembre 2014. Il résulte du rapport médical établi par ce dernier le 25 novembre 2014 qu'un « aspect de non-compactation myocardique avec discrète dilatation ventriculaire » a été constaté chez le patient. Cette affection a également été constatée par le Dr Steve Hentges. Ce dernier a également relevé que le patient est atteint d'une « hypercholestérolémie » et a proposé dans son rapport du 12 janvier 2015 une « Nikotinkarrenz » ainsi qu'une « Wiedervorstellung in 1 Jahr oder bei Beschwerden ».

Il résulte encore du Dr Carlo Muller du 1er juillet 2014 qu'un « bilan respiratoire » a été réalisé le 30 juin 2014 sur la personne de feu PERSONNE2.). Dans son rapport du 1er juillet 2014, ledit médecin a retenu chez ce dernier la présence d'une « bronchite chronique simple post tabagique » ainsi qu'un « un emphysème débutant » et a en outre retenu que « le sevrage tabagique définitif s'impose » (note de la Cour : le terme définitif est marqué en gras).

Les développements des parties sur le degré de gravité de la bronchite chronique, de l'emphysème débutant, de l'hypercholestérolémie et de la dilatation ventriculaire constatées auprès de feu PERSONNE2.) ne sont pas pertinents. Ce qui importe dans le présent litige est le fait qu'il s'agit d'affections qui ont été constatées par des médecins spécialistes lors d'examens effectués par ces derniers que feu PERSONNE2.) n'avait pas mentionnés dans la déclaration de santé qui lui avait été remise par SOCIETE1.), bien qu'une question précise et intelligible lui avait été posée à ce sujet. Il y a lieu d'ajouter au vu du contenu des rapports médicaux que les affections constatées sont à mettre en relation causale avec le tabagisme de feu PERSONNE2.) dont elles sont des conséquences et constituent des éléments d'appréciation du risque à assurer, même à admettre qu'elles n'aient pas affecté le pronostic vital du candidat à l'assurance.

Or dans la mesure où les examens spécialisés réalisés n'avaient pas été mentionnés par PERSONNE2.) dans la déclaration de santé, les affections constatées par les Dr Steve Hentges et Carlo Muller n'avaient forcément pas non plus été portées à la connaissance de SOCIETE1.).

Feu PERSONNE2.) ne pouvait toutefois ignorer qu'il devait répondre aux questions lui posées et fournir une réponse sincère, étant donné qu'il est précisé en bas de page du questionnaire lui soumis « que l'appréciation du risque par la compagnie est basée sur les déclarations faites ci-devant. Il est donc indispensable que les réponses soient faites consciencieusement, étant entendu qu'aux termes de la loi les omissions ou inexactitudes intentionnelles pourront entraîner la nullité de l'assurance. Par ma signature, je certifie que j'ai répondu sincèrement aux questions précitées ». En apposant sa signature sur ledit questionnaire, feu PERSONNE2.) s'est en conséquence engagé à répondre correctement aux questions posées.

La Cour renvoie en outre à l'article 7 des conditions générales d'assurance dont il n'est pas contesté qu'elles avaient été portées à la connaissance des candidats à l'assurance et qui dispose sous un intitulé « sincérité des déclarations » que « le contrat est établi sur base des déclarations du preneur d'assurance et de l'assuré. À la souscription du contrat et lors de toute augmentation des sommes assurées, le preneur d'assurance et l'assuré doivent déclarer exactement toutes les circonstances connues par eux, et qui sont de nature à faire apprécier par la Compagnie les risques qu'elle prend à sa charge.

Toute omission ou inexactitude intentionnelle de la part du preneur d'assurance ou de l'assuré, rendant l'assurance nulle, lorsqu'elles diminuent l'opinion du risque ou en changent le sujet, de telle sorte que la Compagnie, si elle en avait eu connaissance, n'aurait pas contracté aux mêmes conditions ».

Il est vrai qu'un preneur ne pourra se voir sanctionner pour l'absence d'indications sur un élément que lui-même ne pouvait raisonnablement considérer comme intéressant l'assureur dans son appréciation et qu'en pareille circonstance, une obligation de s'informer incombe à l'assureur (Cour de cassation de Belgique, 18 janvier 2022, R.G.A.R., 2033, n° 13659 ; voir M. Fontaine, Droit des assurances, 5ème édition, p.210 et suiv).

Or en l'espèce, à défaut pour feu PERSONNE2.) d'avoir répondu à la question de savoir quels examens médicaux il aurait subis les 12 derniers mois, et d'avoir répondu par la négative à la question n° 11, il n'a fourni aucun élément à l'assureur qui aurait dû inciter ce dernier à se renseigner davantage.

C'est partant à tort que le tribunal a relevé en l'espèce qu'il aurait appartenu à SOCIETE1.) au moment d'avoir réceptionné la déclaration de santé du 2 février 2015 de prendre l'initiative et de s'informer auprès de feu PERSONNE2.). Pour être complet, la Cour tient encore à relever qu'il résulte des pièces versées aux débats que ce n'est qu'en septembre 2019, suite à une demande des assurés tendant à voir reconnaître leur droit aux prestations de garantie que SOCIETE1.) a eu connaissance des rapports médicaux prédécrits.

Il suit de l'ensemble des éléments et considérations qui précèdent que feu PERSONNE2.) devait raisonnablement considérer que les questions d'ordre médical indiquées dans la déclaration de santé lui soumise constituaient des éléments importants d'appréciation du risque, dans la mesure où ces éléments faisaient l'objet de questions précises dans ladite déclaration de santé. Feu PERSONNE2.) aurait par conséquent dû y répondre loyalement et ne pouvait donc taire qu'il a subi un examen IRM cardiaque, une échographie et un bilan respiratoire et qu'il a consulté à cet effet des médecins spécialistes.

Au vu de la teneur des rapports médicaux des Dr Steve Hentges et Carlo Muller, il n'est pas non plus concevable que feu PERSONNE2.) ait ignoré qu'il était atteint d'une bronchite chronique simple, d'un emphysème débutant, d'hypercholestérolémie, et d'un aspect non-compactation myocardique.

Les médecins ont nécessairement dû l'informer qu'un sevrage tabagique définitif s'imposait. »

Au vu de la motivation de l'arrêt reprise ci-dessus, la Cour a pu retenir, sans violer la disposition visée au moyen, que le preneur d'assurance a omis de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il a dû raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque.

Il ressort de la lecture du moyen que, sous le couvert du grief tiré de la violation de la disposition visée au moyen, celui-ci ne tend en réalité qu'à remettre en discussion l'appréciation par les juges du fond des éléments factuels, qui les ont amenés à la conclusion que le preneur d'assurance a failli à son obligation de déclaration spontanée, prévue par l'article 11 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, appréciation qui relève de leur pouvoir souverain et échappe au contrôle de la Cour de cassation.

Le moyen sous examen ne saurait dès lors être accueilli, sinon est à déclarer non fondé.

Quant au deuxième moyen de cassation

Le deuxième moyen est tiré de la violation de l'article 12 de la loi modifiée du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance, dont le premier alinéa se lit comme suit : « *Sans préjudice de l'article 102 de la présente loi, lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul.* »

Tout comme le premier moyen de cassation, le deuxième moyen est présenté tel un moyen dans le cadre de conclusions devant les juridictions du fond, à savoir que le moyen reprend un raisonnement juridique qui se réfère aux faits à la base de l'affaire. Il ne contient pas d'énoncé, mais uniquement une discussion du moyen. Aucune critique n'est formulée sur la façon dont la Cour a mis en œuvre le texte de loi visé au moyen, mais la partie demanderesse en cassation se limite à critiquer l'interprétation des faits par la juridiction d'appel.

Étant donné que le moyen n'est pas conforme aux exigences posées par l'article 10 de la loi modifiée du 18 février 1885 sur les pourvois et la procédure en cassation, il est à déclarer irrecevable.

À titre subsidiaire, pour autant que le moyen est déclaré recevable :

Sous le couvert du grief tiré de la violation de la disposition visée au moyen, celui-ci ne tend qu'à remettre en discussion l'appréciation, par les juges du fond, des éléments de preuve et de fait desquels ils ont déduit le caractère intentionnel des fausses déclarations de feu PERSONNE2.), ainsi que l'incidence de ses fausses déclarations sur l'appréciation du risque par l'assureur, appréciation qui relève de leur pouvoir souverain et échappe au contrôle de la Cour de cassation.

Il s'ensuit que le moyen ne saurait être accueilli.

Conclusion

Le pourvoi est recevable, mais non fondé.

Pour le Procureur général d'État,
le premier avocat général,

Sandra KERSCH